

Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais

Contributos para o estudo das representações sociais da loucura

Beliefs and Attitudes toward mental ill and illness

Contributions for the Study of social representations of madness

Luís Manuel de Jesus Loureiro*

Carlos Augusto Amaral Dias**

Rui Oliveira Aragão***

Resumo

As recentes mudanças protagonizadas ao nível das políticas de saúde mental e psiquiátrica, visíveis nos diferentes relatórios nacionais e internacionais (OMS, 2001; CE, 2005; CNRSSM, 2007), reconhecem o estigma e discriminação associados às doenças mentais, perpetuadas em estereótipos como perigosidade, imprevisibilidade e incurabilidade. Partindo destas inquietações foi desenvolvido o presente estudo com objectivos de avaliar crenças e atitudes perante os doentes mentais e analisar o contributo das determinantes sócio demográficas e das crenças nessas atitudes.

Este estudo (descritivo-correlacional) foi realizado com uma amostra de 834 indivíduos, adultos residentes em quatro freguesias de Penacova. Os instrumentos de colheita de dados foram: Questionário sócio-demográfico; *Opinions About Mental Illness Scale* – OMIS, (Cohen & Struening, 1962; 1963; Oliveira, 2005); *Inventário de Crenças acerca da Doença Mental* – ICDM (Loureiro, E.; Dias, C. & Ferreira, P., 2006); *Questionário de causas da doença mental* – QCDM, construído pelos autores deste estudo.

Os resultados acerca das crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais mostram um nível de aceitação e tolerância elevados, ainda que escoltadas por mitos como incurabilidade e perigosidade. As análises estatísticas mostram, por um lado que as atitudes mais autoritárias estão sobretudo associadas às crenças na incurabilidade e perigosidade, por outro que as atitudes mais benevolentes e tolerantes estão associadas a uma maior reconhecimento da doença, inclusive a sua condição médica.

Conclui-se pois que, independentemente da distância entre o pensado e o agido sobre a doença mental, e da deseabilidade social natural neste tipo de estudos, os resultados indiciam uma mudança positiva no modo de encarar estes problemas, ainda que ancorados nos estereótipos da incurabilidade e da perigosidade.

Palavras chave: transtornos mentais, atitude, crenças, representações sociais .

*Professor Adjunto da ESEnfC.

** Professor Catedrático da FPCE da Universidade de Coimbra.

*** Professor Auxiliar do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Abstract

The recent changes carried out to the level of mental and psychiatric health politics, visible in international and national different reports (OMS, 2001; CE, 2005; NCRMHS, 2007) recognize the stigma and discrimination associated to mental illness, perpetuated in stereotypes like **dangerousness**, **unpredictable's** and incurability. Leaving from these fidgets the present study was developed having as goals to, evaluate beliefs and attitudes toward mental ill and illness and analyze contribute of socio-demographic determinants and beliefs in this attitudes.

This study (descriptive-correlational) was carried out a sample of 834 individuals, adults and residents in four parishes of Penacova. The instruments of data collection were: a socio-demographic questionnaire; *Opinions About Mental Illness Scale* - OMIS, (Cohen & Struening, 1962; 1963; Brockington *et al.*, 1993; Oliveira, 2005); *Mental Illness Beliefs Inventory* (MIBY) - Loureiro *et al.*, 2006); Questionnaire of Mental Illness causes – QMDC, elaborate by the authors of the study.

The results about beliefs and attitudes toward mental ill and illness show a high degree of acceptance and tolerance, despite escorted for myths as **incurability and dangerousness**. The statistical analyses show, on the one hand, that the most authoritarian attitudes are to the beliefs in the **incurability and dangerousness**, for the other that the most tolerant and benevolent attitudes are associated to a bigger recognition of the illness, including its medical condition.

Thus, we concluded that, besides, the distance between thought and action about mental illness, the social desirability natural in this kind of studies, the results charge a positive shifting in the way of facing these problems, although they are anchored in stereotypes like incurability and **dangerousness**.

Keywords: mental disorders, attitude, beliefs, social representations.

Recebido para publicação em: 19-12-07

Aceite para publicação em: 26-09-2008

Introdução

Passados séculos, a loucura, transformada paulatinamente em doença mental, é ainda hoje uma palavra tão inquietante quanto intrigante, dada a sua natureza polissémica e idiossincrática, que continua a provocar reacções que vão do fascínio ao temor, da atracção ao repúdio. O louco, aparece à boca de cena transportando, ora a imagem aterradora e abominável da bestialidade humana, *lobisomens* que encerram quanto de mau existe no íntimo do ser humano e o imaginário é capaz de projectar (Milheiro, 2003), ora gozando de um certo prestígio social e cultural, uma figura recriadora e genuína de um universo primordial, uma existência selvagem que abre ao homem um horizonte infinito de experiências (Jaccard, 2004).

Depois de medicalizada e institucionalizada e dos avanços e progressos atingidos aos níveis científico, terapêutico, assistencial e político ao longo do último século, ao ponto de ter sido designado como «século da psiquiatria» (Shorter, 2001) e destas mudanças terem efeitos sem precedentes no modo de encarar as doenças e os próprios doentes mentais, o projecto psiquiátrico esteve envolvido em contradições, criando polémicas que levaram a debater a própria natureza da psiquiatria e da doença mental, questionando-se se esta seria «realidade, convenção ou ilusão», dado que envolvia questões de liberdade, conhecimento, poder e controlo social (Porter, 2002), como o fizeram notar alguns movimentos e dos quais se destacam o anti-institucional e o antipsiquiátrico.

Este estado conflituoso que acercou a psiquiatria em nada tranquilizou o público, pois em vez de aquietar, facilitou a criação e manutenção de mitos, a proliferação dos saberes singulares, concorrendo para explicar de *per si* que o manancial de confiança na psiquiatria por parte da sociedade permaneça ainda hoje tão reduzido (Porter, 2002), como a desconfiança nos doentes tão acentuada, especificamente a que envolve rótulos como *esquizofrenia* (Jodelet, 1989). Hodiernamente questiona-se não a natureza de alguns avanços protagonizados por determinadas medidas políticas, mas as condições em que foram criadas, especificamente com o processo de desinstitucionalização subsequente à reforma psiquiátrica, realizada paulatinamente a partir dos anos 60/70 do século XX. Contribuíram para a desinstitucionalização factores como a promoção e

garantia da defesa dos direitos humanos e cívicos dos doentes; o humanismo que o retorno e tratamento na comunidade representavam para o indivíduo doente; a crença arreigada no poder dos psicofármacos, que progressivamente permitiam ao doente regressar ao seu quotidiano, deixando os muros da instituição; e as preocupações com a gestão eficiente dos recursos económicos e financeiros (Bachrach, 1976; Lamb, 1984).

Estas transformações das políticas psiquiátricas não tiveram contudo em linha de conta uma mudança fundamental, a de «mentalidades» (Milheiro, 2003). Recorrendo às expressões de Lévy-Strauss (1996), pensou-se que se poderia passar de uma «sociedade antropológica» para uma «sociedade antropofágica» de modo ténue, esquecendo os preconceitos e medos que levaram ao confinamento dos loucos. Mais, por decreto quebraram-se barreiras materiais, contudo o mesmo não aconteceu com as barreiras simbólicas pois a lógica da sensibilidade social funciona de modo diferente (Jodelet, 1989). Assistiu-se mormente a um deficitário planeamento das políticas e programas de saúde, pouco preocupadas com a falta de esclarecimento e conhecimento das populações sobre as doenças mentais e o que estas implicavam, desvalorizando os aspectos sociais e culturais (situacionais) envolvidos neste processo, e mais inquietante, a maioria das campanhas de sensibilização e educação do público produzidas, para lá da escassas, basearam-se em calendários políticos e foram desenhadas mais à base de opiniões pessoais do que em dados dos estudos empíricos (Pepper, 1986; Raftery, 1992).

Assim e apesar das doenças mentais se terem democratizado e universalizado, deixando de ser uma excepção para poder acontecer e pertencer a todos em qualquer momento (Shorter, 2004) elas permanecem ainda associadas a estereótipos negativos e acarretam rejeição, preconceito, discriminação e exclusão social destes doentes. Mais, estes juízos negativos trespassaram o tecnicismo da linguagem psiquiátrica vindo a alojar-se como um julgamento por parte da sociedade, mesmo que tenha melhorado o nível de informação, aumentado a sensibilidade da opinião pública, certo é que a compreensão parece ainda assim diminuta. Os doentes mentais continuam a ser visto como imprevisíveis, violentos e perigosos (Scull, 1981; Pichot, 1983; Link & Cullen, 1983; Ayesteran & Paez, 1986; Skinner *et al.*, 1992; Johnson & Orrell,

1995; Whaley, 1997; Phelan *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 2000; Hirai & Clum, 2000; Angermeyer, 2004).

Estas constatações estão atentadas tanto no relatório da OMS (2001), como no Livro Verde da Comissão da Comunidade Europeia (2005) ou então no relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), no entanto todos estes documentos apontam para a necessidade de realizar estudos que avaliem as crenças, atitudes e representações relativamente aos doentes e doenças mentais e psiquiátricos, pois tem-se reproduzido indiscriminadamente imagens distorcidas das doenças do foro mental e psiquiátrico, imagens abusivas e ofensivas que sustentam mitos que tanto têm de destrutivo como de persuasivo ante as campanhas públicas de informação e sensibilização (Wahl, 1995). O relatório da CNRSSM (2007), documento de inegável valor e profundidade crítica, refere mesmo que “os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais da área de saúde” (p. 12), indiciando o modo negativo como a sociedade vê os doentes mentais.

Será de esperar então que o preconceito e o estigma associados às doenças e aos doentes mentais se transformem em resíduos e desapareçam por si só com o tempo, face ao protagonizado retorno/regresso dos doentes às comunidades? Bastará olhar, a título de exemplo, os resultados da experiência Italiana de encerramento dos hospitais psiquiátricos por volta dos anos 80 que, sendo fundamentada na reflexão de Basaglia (1924-1980) e tendo largo apoio popular mostrou que passados dois anos a atenção compreensiva e tolerância do público se esvaiu, vitimando doentes e famílias.

Face a estas constatações foi desenvolvido o presente estudo, tendo como objectivos avaliar as crenças e atitudes relativamente aos doentes e doenças mentais, e analisar o contributo das determinantes sócio-demográficas, crenças e causas quanto à etiologia nas atitudes perante os doentes e doenças mentais.

Metodologia:

Questões de Investigação:

O presente estudo de tipo *descritivo-correlacional*, compreende as seguintes questões de investigação:

a) quais as crenças e atitudes relativamente aos

doentes e às doenças mentais dos residentes no concelho de Penacova nas freguesias de Penacova, Lorvão, São Pedro de Alva e Travanca do Mondego?

b) Quais das crenças, causas quanto à etiologia e restantes variáveis de domínio sócio-demográfico, se constituem como predictoras de atitudes autoritárias *versus* paternalistas?

A escolha do concelho de Penacova prende-se com os seguintes factores: a elevada prevalência de problemas ao nível da saúde mental da população, e que denuncia uma elevada familiaridade com esta problemática, assim como a proximidade com a instituição psiquiátrica, já que numa das freguesias do concelho (Lorvão) existe um hospital psiquiátrico (HPL), facto que permite analisar o eventual efeito da exposição nas atitudes perante os doentes mentais.

Amostra e processo de amostragem

Participaram no estudo um total de 834 indivíduos do concelho de Penacova, sendo 534 (64.0%) residentes na freguesia de Lorvão, 145 (17.4%) na freguesia de Penacova e 155 (18.6%) nas freguesias de São Pedro de Alva e Travanca do Mondego. Utilizamos uma amostragem em etapas múltiplas:

1.^a Etapa – Da listagem das freguesias do concelho, foram seleccionadas intencionalmente quatro freguesias, nomeadamente, Lorvão, Penacova, Travanca do Mondego e São Pedro de Alva. As quatro freguesias têm, do ponto de vista da sua localização geográfica a característica de serem, em relação à freguesia do Lorvão, a mais próxima (Penacova) e as outras as mais distantes geograficamente.

2.^a Etapa – Com base numa listagem (fornecida pela C.M. de Penacova) dos diversos lugares de cada uma dessas freguesias, foram seleccionados aleatoriamente 6 lugares em cada uma das freguesias;

3.^a Etapa – Nos lugares foram seleccionadas os alojamentos alternadamente (*casa sim, casa não*). Nos prédios em propriedade horizontal eram seleccionados aleatoriamente 4 apartamentos por prédio.

A previsão inicial era administrar 1200 questionários, 600 em Lorvão, 300 em Penacova e 300 em São Pedro de Alva e Travanca do Mondego (150 por cada freguesia), no entanto apenas foram entregues 984, sendo a taxa de recusa de 18.0% (216). Destes a taxa de retorno foi de 86.9% (855) e destes foram

invalidados 21 por se apresentarem incorrectamente preenchidos, o que equivale a uma amostra total de 834 questionários efectivamente validados.

As características socio-demográficas da amostra são apresentadas nos quadros 1, nomeadamente a distribuição das variáveis sexo, estado civil e habilitações literárias e idade em função da freguesia de residência (Lorvão, Penacova e São Pedro de Alva e Travanca do Mondego). Consideradas as freguesias em conjunto, observa-se que quanto ao estado

civil, 57.1% dos indivíduos são casados seguidos dos solteiros representando 33.9% da amostra. Os divorciados representam 4.4% seguidos dos viúvos (2.6%) e das uniões de facto (1.9%). Ao nível das habilitações literárias observa-se com o Ensino Básico – 1.º Ciclo se encontram 20.7%; com o Ensino Básico – 2.º Ciclo tem-se 16.6%; com o Ensino Básico – 3.º Ciclo 19.8%; com o ensino secundário 24.6% dos indivíduos e finalmente com o bacharelato/licenciatura se encontram 18.8%.

QUADRO 1 – Distribuição dos respondentes segundo as características socio-demográficas em função da freguesia de residência (N = 834)

		Freguesia:			Total
		Lorvão	Penacova	SPA-TM	
Sexo:	Masculino	251 (47.0%)	64 (44.1%)	68 (43.9%)	383 (45.9%)
	Feminino	283 (53.0%)	81 (55.9%)	87 (56.1%)	451 (54.1%)
Estado Civil:	Casada(o)	321 (60.1%)	82 (56.6%)	73 (47.1%)	476 (57.1%)
	Solteira(o)	168 (31.5%)	54 (37.2%)	61 (39.4%)	283 (33.9%)
	Divorciada(o)	17 (3.2%)	8 (5.5%)	12 (7.7%)	37 (4.4%)
	Viúva(o)	17 (3.2%)	1 (.7%)	4 (2.6%)	22 (2.6%)
	União facto	11 (2.1%)	-- (0.0%)	5 (3.2%)	16 (1.9%)
Habilitações Literárias:	Ensino básico – 1.º Ciclo	141 (26.4%)	2 (5.5%)	24 (15.5%)	173 (20.7%)
	Ensino básico – 2.º Ciclo	82 (15.4%)	30 (20.7%)	22 (14.2%)	134 (16.6%)
	Ensino básico – 3.º Ciclo	114 (21.3%)	33 (22.8%)	18 (11.6%)	165 (19.8%)
	Ensino secundário	106 (19.9%)	47 (32.4%)	52 (33.5%)	205 (24.6%)
	Bacharelato/Licenciatura	91 (17.0%)	27 (18.6%)	39 (25.2%)	157 (18.8%)
Idade	18-30 anos	184 (59.5%)	59 (19.1%)	66 (21.4%)	309 (37.1%)
	30-42 "	147 (58.3%)	54 (21.4%)	51 (20.2%)	252 (30.2%)
	42-54 "	127 (70.2%)	28 (15.5%)	26 (14.4%)	181 (21.7%)
	≥ 54 anos	76 (82.6%)	4 (4.3%)	12 (13.3%)	92 (11.0%)
Total		534	145	155	834

Relativamente à idade para o global da amostra verifica-se que maioritariamente os indivíduos têm idades entre 18-30 anos (37.1%), seguidos dos 30-42 anos (30.2%) e dos com 42-54 anos (21.7%). Os indivíduos com idade 54 anos são 11.0% da amostra.

Instrumentos de colheita de dados:

Neste estudo foram utilizados, além de um questionário sócio-demográfico que incluía questões relativas ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e freguesia de residência, a versão portuguesa (Oliveira, 2005) da Opinions About Mental Illness Scale de Cohen & Struening (1962), o Inventário de Crenças acerca da Doença Mental de Loureiro *et al*, (2006)

e um Questionário de Causas da Doença Mental, construído pelos autores do estudo.

A OMIS na versão portuguesa (Oliveira, 2005) é constituída por 5 factores correspondentes a 5 atitudes, nomeadamente *autoritarismo e restrição dos direitos pessoais e sociais; separatismo hostil e estigmatizante; etiologia de esforço e irreparabilidade; aceitação e melhoramento ambiental e social; benevolência*. O formato de resposta é de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos.

O ICDM é constituído por 45 itens em formato de resposta tipo *Likert* de 1 a 6 pontos, cobrindo seis crenças, nomeadamente: *incurabilidade; reconbecimento da doença; perigosidade; doença como causadora de estigma e discriminação; responsabilidade pessoal; doença como condição médica* (DCM). O formato de resposta é 1 (discordo

completamente) a 6 (concordo completamente) pontos.

O QCDM é constituído por três factores, nomeadamente *traumas emocionais e profissionais; traumas à nascença, doença, e comportamentos de risco; causas associadas ao envelhecimento e deterioração*. O formato de respostas é dicotomizado em concordo e discordo. Este questionário foi construído no âmbito deste estudo e sujeito a estudos de fidelidade e validade de construto, embora não apresentados aqui.

Estatísticas e software utilizado:

Foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 14.0. Relativamente às estatísticas foram calculadas as frequências absolutas e percentuais medidas resumo adequadas e efectuadas análises de regressão múltipla (ARM) pelo método *stepwise*.

Resultados:

No que concerne aos resultados, o quadro 2 mostra as estatísticas resumo para cada uma das crenças (medidas pelo ICDM) e atitudes (medidas pela OMIS). Relativamente às crenças, verifica-se que em média as crenças mais valorizadas são o *reconhecimento da doença* ($\bar{x} = 4.89$; $s = .84$) e a crença na *doença como condição médica* ($\bar{x} = 4.41$; $s = .73$) e em contrapartida a *crença na doença como causa*

de estigma e discriminação é a que apresenta um valor médio inferior ($\bar{x} = 2.49$; $s = .75$). Ainda assim a crença na *incurabilidade* e na *perigosidade* apresentam também elas valores médios elevados, respectivamente $\bar{x} = 3.89$ ($s = .84$) e $\bar{x} = 3.52$ ($s = .87$), isto é, superiores a 3.5 pontos. Os valores das restantes crenças, nomeadamente na *responsabilidade individual* ($\bar{x} = 3.09$; $s = .93$) apontam, tal como as crenças no *reconhecimento da doença* e a crença na *doença como condição médica* para uma alteração “positiva” no modo de encarar as doenças mentais, ainda que permaneçam em simultâneo os estereótipos da incurabilidade e perigosidade.

No que concerne às atitudes, os resultados (quadro 2) apontam para médias reduzidas nas atitudes autoritárias, nomeadamente *etiologia de esforço e irreparabilidade* ($\bar{x} = 2.99$; $s = .81$), *autoritarismo e restrição de direitos pessoais e sociais* ($\bar{x} = 2.24$; $s = .73$) *separatismo hostil estigmatizante* ($\bar{x} = 3.34$; $s = .81$). Neste sentido, poderá falar, pelo menos para a população que esta amostra representa, que se esteja perante uma mudança “para melhor” nas atitudes, tal como nas crenças, o que vem de encontro aos valores médios obtidos nas atitudes mais paternalistas, como a *benevolência* ($\bar{x} = 4.62$; $s = .76$). O valor obtido na atitude de *aceitação e melhoramento ambiental e social* ($\bar{x} = 2.91$; $s = .43$), pode no entanto levantar a suspeita sobre aquilo que se pensa relativamente ao melhoramento ambiental e social e se isso implica ou tem implicado de algum modo o retorno dos doentes à comunidade, como é protagonizado pelas políticas de saúde mental.

QUADRO 2 – Estatísticas resumo para as crenças (ICDM) e atitudes (OMIS) - (N=834)

Crenças (ICDM)	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
INC	1.30	6.00	3.89	.84
RD	1.80	6.00	4.89	.67
DCPM	1.00	5.63	2.49	.75
PER	1.14	5.86	3.52	.87
RI	1.00	6.00	3.09	.93
DCM	2.20	6.00	4.41	.73
Atitudes (OMIS):				
ARDPS	1.00	4.83	2.24	.73
SHE	1.33	5.17	3.34	.85
EEI	1.14	5.29	2.99	.81
AMAS	1.57	3.43	2.91	.43
BEN	1.80	6.00	4.62	.76

Apesar de não estar apresentado em quadro de resultados, os resultados do questionário de causas

acerca da doença mental (QCDM) foi alvo de uma análise estatística. Dado o formato de resposta optou-

se por transformar as pontuações num *score* de 0-100. De acordo com os resultados obtidos, as causas atribuídas a *traumas emocionais e profissionais* estão no topo (77.44%), seguido das *causas associadas a deterioração física e envelhecimento* (59.75%) e posteriormente *as causas associadas a traumas à nascença, doença, e comportamentos de risco* (38.31%)

Posteriormente foram realizadas cinco análises de regressão múltipla (método *stepwise*) tendo-se introduzido como variáveis critério as atitudes e como variáveis predictoras as crenças e restantes variáveis socio-demográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e freguesia de residência) feitas as devidas transformações para a sua introdução nas análises.

De acordo com o quadro 3 relativo aos resultados da 1.ª análise de regressão múltipla efectuada, tendo como critério a atitude de *autoritarismo e restrição de direitos pessoais e sociais*, verifica-se que o modelo 5 explica 34.1% da variância. Pode observar-se que os preditores com maior peso do ponto de vista da percentagem de variação explicada e tendo em conta os valores e sinais dos betas (β) são as crenças na *perigosidade* ($\beta = .332$), *doença como condição médica* ($\beta = -.324$), *responsabilidade individual* ($\beta = -.191$), *idade* ($\beta = .150$) e por último crença na *incurabilidade* ($\beta = -.086$). Conforme se pode verificar pela mudança no valor do r^2 ajustado, o contributo da crença na incurabilidade, apesar de estatisticamente significativo, é muito reduzido.

QUADRO 3 – Resultados da ARM (método *stepwise*):

Preditores: crenças, causas quanto à etiologia das doenças e variáveis sócio-demográficas. Critério: autoritarismo e restrição de direitos pessoais e sociais (N = 834)

Modelos	r^2 ajustado	r^2 _{change}
1.º - a	.178	.179
2.º - a+b	.284	.107
3.º - a+b+c	.317	.033
4.º - a+b+c+d	.341	.025
5.º - a+b+c+d+e	.345	.005
Preditores retidos no modelo 5		
a. Perigosidade		.332***
b. Doença como condição médica		-.324***
c. Responsabilidade individual		.191***
d. Idade		.150***
e. Incurabilidade		.086*

* $p < .05$; *** $p < .001$

De acordo com os sinais dos betas, conclui-se que a atitude de maior *autoritarismo e restrição de direitos pessoais e sociais* é predita por maior crença na *perigosidade* dos doentes, tendência para não reconhecer a *doença como condição médica*, e em que os indivíduos têm maior responsabilidade pela sua condição de saúde/doença. Verifica-se também que o maior *autoritarismo e restrição de direitos pessoais e sociais* aparece presente nos indivíduos mais velhos.

Relativamente à 2.ª análise de regressão efectuada (quadro 4), tendo como critério a atitude de *separatismo hostil e estigmatizante*, verifica-se que o modelo 6 explica 34.2% da variância, no entanto, até ao modelo 4, inclusive, é explicada 30.0% da variância. Os preditores com maior “peso” na atitude de *separatismo hostil e estigmatizante*, são

a *crença na perigosidade* ($\beta = .337$), a crença na *incurabilidade* ($\beta = .184$), *idade* ($\beta = .114$), e a *crença na responsabilidade individual* ($\beta = .144$). Quer isto dizer que uma atitude que remete para a segregação dos doentes, confinando-os ao espaço psiquiátrico, é mais provável naqueles indivíduos que acreditam que os doentes são perigosos, incuráveis, com idade mais avançada e que tendem a ver o doente como o único responsável pelo seu estado de saúde/doença.

Quando o critério é a *etiologia de esforço e irreparabilidade* (quadro 5), verifica-se que o modelo 6 explica 36.0%. Os preditores com maior contributo para esta atitude são as crenças de que os indivíduos são perigosos ($\beta = .289$), não reconhecimento das doenças como “doenças” ($\beta = -.227$), e a incurabilidade ($\beta = .207$). A perspectiva de que as causas da doença

estão associadas a traumas à nascença, doença, e comportamentos de risco ($\beta = .141$), assim como os indivíduos são os responsáveis pela sua saúde/doença

($\beta = .153$), são também preditores de uma maior etiologia centrada no esforço e irreparabilidade, contudo o seu contributo é reduzido.

QUADRO 4 – Resultados da ARM (método stepwise): Preditores: crenças, causas quanto à etiologia e restantes variáveis sócio-demográficas e contextual. Critério: Separatismo hostil e estigmatizante (N = 834)

Modelos	r ² ajustado	r ² Change
1.º - a	.241	.242
2.º - a+b	.270	.029
3.º - a+b+c	.290	.021
4.º - a+b+c+d	.309	.020
5.º - a+b+c+d+e	.317	.008
6.º - a+b+c+d+e+f	.323	.007
Preditores retidos no modelo 6		
a. Perigosidade		.304***
b. Incurabilidade		.192***
c. Idade		.158***
d. Responsabilidade individual		.128***
e. Doença como condição médica		-.096**
f. Causas associadas ao envelhecimento		.091**

*p<.01; ***p<.001

É de salientar face a esta atitude, que as vivências traumáticas no relacionamento com os outros ou o excesso de trabalho intelectual conduzem a uma visão destes doentes como alguém “menor”,

e neste caso reconhece-se que os doentes são perigosos e incuráveis, assim como o problema não é propriamente uma doença mas mais um “defeito” e cujo indivíduo é responsável.

QUADRO 5 – Resultados da ARM (método stepwise): Preditores: crenças, causas quanto à etiologia e restantes variáveis sócio-demográficas e contextual. Critério: etiologia de esforço e irreparabilidade (N = 834)

Modelos	r ² ajustado	r ² Change
1.º - a	.236	.237
2.º - a+b	.285	.049
3.º - a+b+c	.315	.031
4.º - a+b+c+d	.337	.022
5.º - a+b+c+d+e	.356	.020
6.º - a+b+c+d+e+f	.360	.004
Preditores retidos no modelo 6		
a. Perigosidade		.289***
b. Reconhecimento da doença		-.227***
c. Incurabilidade		.207***
d. Traumas à nascença, doença, e comportamentos de risco e. Responsabilidade individual		.141***
f. Causas associadas ao envelhecimento		.153***
		.068*

*p<.05; ***p<.001

Efectuadas análises de regressão tendo como critérios as atitudes mais tolerantes e paternalistas, isto é a *aceitação e melhoramento ambiental e social* e a *benevolência*, verifica-se, quando se toma como critério a atitude de *aceitação e melhoramento ambiental e social*, a percentagem de variação explicada no modelo 6 é de 31.4% (quadro 6).

Os preditores conducentes a uma *aceitação e melhoramento ambiental e social* dos doentes mentais são o *reconhecimento da doença* ($\beta = .317$), a perspectiva de que a doença não é criadora de estigma e preconceito pessoal e social ($\beta = -.190$). Esta atitude mais favorável é mais provável encontrar-se nas mulheres ($\beta = .183$).

QUADRO 6 – Resultados da ARM (método stepwise): Preditores: crenças, causas quanto à etiologia e restantes variáveis sócio-demográficas e contextual. Critério: aceitação e melhoramento ambiental e social (N = 834)

Modelos	r ² ajustado	r ² Change
1.º - a	.214	.215
2.º - a+b	.252	.039
3.º - a+b+c	.286	.035
4.º - a+b+c+d	.300	.014
5.º - a+b+c+d+e	.307	.008
6.º - a+b+c+d+e+f	.310	.004
7.º - a+b+c+d+e+f+g	.314	.005
Preditores retidos no modelo 7		β
a. Reconhecimento da doença		.317***
b. Sexo (feminino)		.183***
c. Doença como causa de estigma e discriminação		-.190***
d. Traumas emocionais e profissionais		.129***
e. Crença na doença como condição médica		.102***
f. Traumas à nascença, doença, e comportamentos de risco		-.088**
g. Causas associadas ao envelhecimento		.077**

*p<.01; ***p<.001

Por último, quando incluída como critério a atitude de *benevolência* (quadro 7), como se observar o modelo 6 explica 16.5% da variância, contudo se detivermos a atenção naqueles que são os preditores com maior contributo para uma atitude de maior *benevolência*, temos o *reconhecimento da doença*

($\beta = .295$), a crença na *incurabilidade*, ($\beta = .127$), a crença na responsabilidade individual ($\beta = -.117$), com sinal negativo. Os dois últimos preditores são o sexo (feminino) e as causas associadas a traumas emocionais e profissionais, no entanto o seu valor explicativo é muito reduzido.

QUADRO 7 – Resultados da ARM (método stepwise): Preditores: crenças, causas quanto à etiologia e restantes variáveis sócio-demográficas e contextual. Critério: benevolência - (N = 834)

Modelos	r ² ajustado	r ² Change
1.º - a	.126	.127
2.º - a+b	.142	.016
3.º - a+b+c	.154	.014
4.º - a+b+c+d	.161	.007
5.º - a+b+c+d+e	.165	.005
Preditores retidos no modelo 5		
a. Reconhecimento da doença		.280***
b. Incurabilidade		.157***
c. Responsabilidade individual		-.117***
d. Sexo (feminino)		.084**
e. Traumas emocionais e profissionais		.072*

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Discussão:

O estudo das crenças mostrou dois agregados de resultados consistentes com o que é corrente na literatura. Por um lado, resultados que apontam para crenças “positivas”, nomeadamente de que as doenças mentais são reconhecidas e têm o cunho

médico, assim como não se constituem de *per si* como causas de estigma e discriminação. São fruto das mudanças protagonizadas ao longo das últimas décadas, especificamente a partir da década de 70 como reportam alguns estudos (Crocetti *et al.*, 1974; Olmsted & Durham, 1976; Gove, 1982; Goerg *et al.*, 2004). O facto dos indivíduos considerarem que a

doença não causa estigma e discriminação e que se constitui ou trata de uma questão médica, pode contribuir para explicar em parte a triplicação da procura destes serviços (Veroff *et al.*, 1981; Phelan *et al.*, 2000) ao longo das últimas décadas. Parece pois estar-se dentro daquilo que se designou de movimento de democratização que em certa medida universalizou o conceito das doenças de foro mental e psiquiátrico como referiu Shorter (2001) e Porter (2002). Ainda assim, poder-se-à estar perante aquilo que Milheiro (2003) refere como um tipo de falácia pedagógica na promoção da saúde mental e que desresponsabiliza os indivíduos, pois parece fácil adoecer.

Por outro, os resultados relativos às crenças na *incurabilidade* e *perigosidade* apontam noutro sentido, tal como os encontrados por Pescosolido *et al.* (1999), Williams *et al.* (2001), Crisp *et al.* (2000) e Schomerus *et al.* (2007). Isto é, se por um lado existe um conhecimento e reconhecimento crescente deste tipo de doenças, fruto de inúmeros factores e que permitiram por exemplo o regresso progressivo dos doentes às comunidades de origem, eles são no entanto acompanhados por crenças enraizadas no universo social e cultural, nomeadamente o estereótipo de que os doentes são perigosos e as doenças incuráveis, tal como foi encontrado ainda noutros estudos (Scull, 1981; Pichot, 1983; Link & Cullen, 1983; Dulac, 1986; Ayesteran & Paez, 1986; Skinner *et al.*, 1992; Johnson & Orrell, 1995; Ragurman *et al.*, 1996; Whaley, 1997; Phelan *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 2000; Hirai & Clum, 2000; Crisp *et al.*, 2000; Williams *et al.*, 2001; Angermeyer, 2004).

Estas crenças na *incurabilidade* e *perigosidade* foram já referidas nos estudos realizados a partir da década de 50/60 (Star, 1952, 1955; Nunnaly, 1961; Bentz & Edgerton, 1972), e contrariamente ao afirmado por Landrine (1992), Skinner *et al.* (1995) não parecem ter-se atenuado. O permanecer destes estereótipos negativos, mesmo que tenha melhorado o nível de informação, aumentado a sensibilidade da opinião pública não escondem as «barreiras» invisíveis (OMS, 2001), com que os doentes se deparam, nem ocultam os problemas de acesso aos cuidados de saúde primários tal como referido por Golberg e Huxley (1966).

Relativamente às atitudes os resultados obtidos nesta amostra apontam para atitudes claramente positivas relativamente às doenças mentais, tanto pelos valores reduzidos nas médias das atitudes

autoritárias ou então pelos valores médios mais elevados das atitudes paternalistas. Como referem Fischer & Turner (1970) e Leong & Zachar (1999), atitudes positivas relativamente às doenças mentais são em primeiro lugar um bom indicador para o comportamento de procura de ajuda profissional, no entanto não se constituem como um indicador de um comportamento positivo da sociedade para com os doentes (Angermeyer, 2004). Parece pois estar-se perante uma sociedade em que a maior informação resultou aparentemente numa maior tolerância e aceitação dos doentes e doenças mentais, consentâneo com o alargamento das definições de doença mental (Phelan *et al.*, 2000; Goerg *et al.*, 2004; Gordon *et al.*, 2004) em contraposição com os primeiros trabalhos realizados na década de 50 que encontraram atitudes prevalentemente negativas (Star, 1955), mesmo que acompanhadas de campanhas de sensibilização (Cumming & Cumming, 1957), ou outros trabalhos mais recentes como os de Patten (1992), Tuffin & Danks (1999), Kohn *et al.* (2000), Nordt *et al.* (2003). Ainda assim outros estudos retrospectivos apontam para a tendência para a existência de atitudes negativas estáveis (Olmsted & Durham, 1976; Green *et al.*, 1987).

Quanto aos resultados das análises de regressão, elas permitem outras observações, em parte consentâneos com aquilo que é referido na literatura e que vão do questionamento sobre o pensado e o agido relativamente as doenças e aos doentes mentais. Apesar do conhecimento racionalizado sobre as perturbações, as crenças estereotipadas e estigmatizantes (mitos), tendem a manter-se inalteradas, e mais, correspondem a atitudes autoritárias e dogmáticas. Por outro, as atitudes mais paternalistas correspondem a crenças positivas, indo de encontro ao que é difundido publicamente e socialmente, ainda que não querendo significar que sejam os indivíduos mais tolerantes e paternalistas que sejam de facto aqueles que manifestam comportamentos de maior aceitação conducentes à integração dos doentes nas comunidades, como referiram Cohen & Struening (1962). Como refere Jodelet (1989) está-se perante mecanismos de diferenciação e defesa identitária dos grupos sociais de pertença, que não permitem de certo modo uma co-habitação tranquila com esses doentes.

Aparentemente as doenças mentais apresentam-se como uma epifania a dois tempos. Por um lado,

reclamam-se medidas de promoção da saúde mental, realça-se o sucesso dos tratamentos e o humanismo que o regresso dos doentes à comunidade proporciona, por outro assiste-se a uma “recusa” ou repulsa da sociedade em se aproximar destes doentes. Serão ainda os mitos da perigosidade e incurabilidade que pairam? Poderá afirmar-se que a sociedade continua a pensar que o internamento é uma medida cómoda para «gente incómoda», isto é, depois do “louco” ser absorvido pela instituição psiquiátrica é melhor que não seja devolvido (Shorter, 2001)?

Conclusões:

Hodiernamente o entendimento da doença mental é maior. Sabe-se que se poderão melhorar as condições do doente na comunidade, podendo mesmo afirmar-se que a sociedade sabe aquilo que se pode fazer médica, psicológica e socialmente por estes doentes, no entanto mantêm-se simultaneamente os mesmos tipos de medos e receios daquele que não é um senão um dos paradigmas do ser humano, o medo da perda de controlo das emoções, dos impulsos, e assim se cava o fosso entre aqueles que são desconvidados da razão e «nós mesmos».

Face aos resultados conclui-se que medidas com intuito de promoção da saúde mental devem situar-se também no modo como a sociedade interage com os doentes mentais, e isso passará, entre outros por: a) estratégias de *protest* (denúncia) conducentes à redução do estigma e discriminação; b) aumento da frequência de contacto com os doentes e que desafiam as representações socialmente construídas; c) planos educativos que não façam da doença mental o parente adormecido das doenças físicas, acordado só quando os doentes se transfiguram em «lobisomens» (Milheiro, 2003).

Um outro campo de intervenção profunda, passará pelos *mass media*, responsáveis pela propagação de informação errada, ofensiva e lesiva, tanto das doenças como da dignidade dos doentes (Whal, 1995).

Futuros estudos deverão contemplar, por um lado a avaliação de outras variáveis como *atribuições causais*, *recuperação*, *empenhamento*, *literacia*, como privilegiar desenhos de investigação que funcionem num *continuum* e se situem primeiramente numa lógica compreensiva, isto é, uma visão mais EMIC do fenómeno da doença mental. Só assim se poderá

aprender aquilo que directamente nenhuma escala ou inventário captam, por mais ardiloso que seja o investigador (Jodelet, 1989).

Bibliografia:

ANGERMEYER, M. C. ; DIETRICH, S. ; HOLZINGER, A. (2004) - The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 50, nº 2, p. 153-162.

AYESTERAN, S. ; PAEZ, D. (1986) - Representación social de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. Nº 16, p. 95-124.

BACHRACH, L. (1976) - *De-institutionalization: analytical review and sociological perspective*. New York : US Department of Health Education and Welfare.

BENTZ, K. ; EDGERTON, J. (1971) - The consequences of labelling a person as mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 6, nº 1, p. 29-33.

COHEN, J. ; STRUENING, E. (1962) - Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Vol. 64, nº 5, p. 349-360.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2005) - *Green paper. Melhorar a saúde mental da população - rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas : Comissão das Comunidades Europeias.

CRISP, A. [et al.] (2000) - Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 177, nº 1, p. 4-7.

CROCETTI, G. ; SPIRO, H. ; SIASSI, I. (1974) - *Contemporary attitudes toward mental illness*. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.

CUMMING, E. ; CUMMING, J. (1957) - *Closed ranks: an experiment in mental health education*. Cambridge : Harvard University Press.

FISCHER, E. ; TURNER, J. (1970) - Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 35, nº 1, p. 79-90.

FLEMING, M. (1976) - *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto : Afrontamento.

GOERG, D. [et al.] (2004) - Representations of psychiatric treatments. *Advances in Relational Mental Health* [Em linha]. Vol. 3, nº 3. [Consult. 10 Jul. 2005]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0303/2.pdf>>.

GOLDBERG, D. ; HUXLEY, P. (1996) - *Perturbações mentais comuns*. Lisboa : Climepsi Editores.

GORDON, P. [et al.] (2004) - Attitudes regarding interpersonal relationships with mental illness and mental retardation. *Journal of Rehabilitation*. Vol. 70, p. 50-56.

- GOVE, W. (1982) - Current status of the labelling theory mental illness. In GOVE, W., ed. lit. - *Deviance and mental illness*. Beverly Hills : Sage Publications. p. 273-300.
- GREEN, D. ; MACCORMICK, I. ; WALLEY, F. (1987) - Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on. *Social Science Medicine*. Vol. 24, nº 5, p. 417-422.
- HIRAI, M. ; CLUM, G. (2000) - Development, reliability and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Vol. 22, nº 3, p. 221-236.
- JACCARD, R. (2004) - *La folie*. Paris : PUF.
- JODELET, D. (1989) - *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.
- JOHNSON, S. ; ORRELL, M. (1995) - Insight and psychosis: a social perspective. *Psychological Medicine*. Vol. 25, nº 3, p. 515-520.
- LAMB, H. R. (1984) - Deinstitutionalization and the homeless mentally III. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 35, nº 9, p. 899-907.
- LANDRINE, H. (1992) - *The politics of madness*. New York : Peter Lang.
- LEONG, F. ; ZACHAR, P. (1999) - Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counselling*. Vol. 2, nº 7, p. 123-132.
- LEVY-STRAUSS, C. (1996) - *Raça e história*. Lisboa : Editorial Presença.
- LINK, B. ; CULLEN, F. (1983) - Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: levels of attitudinal response. *American Journal of Community of Psychology*. Vol. 11, nº 3, p. 261-273.
- LOUREIRO, L. ; DIAS, A. ; FERREIRA, P. (2006) - ICDM - Um inventário de crenças acerca da doença mental. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Nº 14, p. 36-44.
- MARTIN, J. ; PESCOLIDIO, B. ; TUCH, S. (2000) - Of fear and loathing: the role of "disturbing behavior", labels, and causal attribution in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 41, nº 2, p. 208-223.
- MILHEIRO, J. (2003) - *Adão e Eva no deserto... um olhar psicanalítico*. Lisboa : Climepsi Editores.
- NORDT, C. [et al.] (2003) - *Erhöhte stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der schweizerischen Bevölkerung*. *Psychiatrische Praxis*. Vol. 30, nº 7, p. 384-388.
- NUNNALLY, J. (1961) - *Popular conceptions of mental health: their development and change*. New York : Rinehart and Winston.
- OLIVEIRA, S. (2005) - *A loucura no outro: um contributo para o estudo do impacto da loucura no profissional de saúde mental*. Coimbra : FPCEUC. Tese de doutoramento.
- OLMSTED, D. ; DURHAM, K. (1976) - Stability of mental health attitudes: a semantic differential study. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 17, nº 1, p. 35-44.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2001) - *Saúde mental: nova concepção, nova esperança: relatório sobre a saúde no mundo*. Geneve : OMS.
- PATTEN, D. (1992) - *Public attitudes to mental illness*. Wellington : Department of Health.
- PEPPER, B. (1986) - A public policy for the long-term mentally ill: a positive alternative to reinstitutionalization. *American Journal Orthopsychiatry*. Vol. 57, nº 3, p. 452-457.
- PESCOLIDIO, B. A. [et al.] (1999) - The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*. Vol. 89, nº 9, p. 1339-1345.
- PHELAN, J. C. [et al.] (2000) - Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 41, nº 2, p. 188-207.
- PICHOT, P. (1983) - *A century of psychiatry*. London : Roche.
- PORTER, R. (2002) - *Madness: a brief history*. New York : Oxford University Press.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) - *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal: relatório*. Lisboa : Ministério da Saúde.
- RABKIN, J. G. (1974) - Public attitudes towards mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*. Nº 10, p. 9-33.
- RAFTERY, J. (1992) - Mental health services in transition: the United States and the United Kingdom. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 161, nº 5, p. 589-593.
- SCHOMERUS, G. [et al.] (2006) - Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. *European Psychiatry*. Vol. 21, nº 7, p. 436-441.
- SCULL, A. (1981) - *Madhouse, mad-doctors and madman: the social history of psychiatry in the Victorian era*. London : Athlone Press.
- SHORTER, E. (2001) - *Uma história da psiquiatria: da era do manicómio à idade do prozac*. Lisboa : Climepsi Editores.
- SKINNER, L. [et al.] (1995) - Generalizability and specificity of the stigma associated with the mental illness label: a reconsideration twentyfive years later. *Journal of Community Psychology*. Vol. 23, nº 1, p. 3-17.
- STAR, S. A. (1952) - *What the public thinks about mental health and mental illness*. Paper presented at the annual meeting of the National Association for Mental Health. Chicago : National Opinion Research Center.
- STAR, S. A. (1955) - *The public's ideas about mental illness*. Paper presented at the annual meeting of the National Association for Mental Health. Chicago : National Opinion Research Center.
- TUFFIN, K. ; DANKS, J. (1999) - Community case and mental disorder: an analysis of discursive resources. *The British Journal of Social Psychology*. Vol. 38, nº 3, p. 289-302.

VEROFF, J. ; KULKA, R. ; DOUVAN, E. (1981) - **Mental health in America: patterns of help-seeking from 1957 to 1976**. New York : Basic Books.

WAHL, O. F. (1995) - **Media madness: public images of mental illness**. New Jersey : Rutgers University Press.

WHALEY, A. (1997) - Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness. **Psychiatric Services**. Vol. 48, nº 10, p. 1328-1330.

WILLIAMS, A. ; CHEYNE, A. ; MACDONALD, S. (2001) - The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey. **Psychiatric Bulletin**. Vol. 25, nº 11, p. 429-432.